

PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE ET CLINIQUE DE LA PRE-ECLAMPSIE SEVERE AU C.H.U. GABRIEL TOURE

Epidemiologic and clinical profile of severe pre-eclampsia at the teaching hospital of Gabriel Touré.

Samaké B.M.¹, Traoré M², Goita L¹, Niani M³, Traoré Y³, Teketé I³, Diallo A¹, Dolo A³

1. Service anesthésie réanimation C.H.U. Gabriel Touré ; 2. Centre de santé de référence de la commune V ; 3. Service de gynéco-obstétrique C.H.U. Gabriel Touré

Contact : Dr Broulaye M. Samaké service d'anesthésie réanimation adulte C.H.U. Gabriel Touré. BP 267 Email : samabroulaye@yahoo.fr. Tel : 00223 76 44 38 89.

RESUME

Objectif : Etait de déterminer le profil épidémioclinique de la pré-éclampsie sévère.

Patients et méthodes : L'étude a été transversale de novembre 2005 à juin 2006 au centre hospitalo-universitaire de Gabriel Touré. Etaient incluses les gestantes présentant une pré-éclampsie sévère. L'analyse statistique a comparé les proportions et les moyennes, les proportions ont été comparées à l'aide du χ^2 , avec $p < 0,05$ considéré comme significatif. **Résultats**: Pendant la période d'étude, 130 cas de pré-éclampsie sévère étaient colligés sur un total de 1667 parturientes, soit une fréquence de 7,8%. L'âge moyen était de 17,15 ans avec des extrêmes de 15 et 42 ans. Les signes de la pré-éclampsie sévère les plus retrouvés étaient l'association douleur épigastrique en barre, nausée, vomissement et céphalée chez 54,62 %.

Conclusion : Le profil type d'une pré-éclampsie sévère est une parturiente d'âge moyen 17 ans, femmes au foyer, de hauteur utérine entre 33 et 36 cm, avec un nombre de consultation prénatale insuffisante.

Mots clés : Pré-éclampsie, profil clinique, C.H.U. Gabriel Touré.

ABSTRACT

Aims: To determine the epidemio-clinical profile of severe pre-eclampsia

Patients and Method: It was about a transversal study done from November 2005 to juin 2006 at the teaching hospital Gabriel Touré. Were included pregnant women with severe pre-eclampsia. Statistical analysis compared the proportions and means, the proportions were compared using the χ^2 with $P < 0,05$ considered significant

Results: during the period of study, 130 cases of severe pre-eclampsia were brought together among 1667 pregnant women, which was 7,8 %. The mean age was 17.15 years with extremes of 15 and 42 years. The most frequent signs of severe preeclampsia were the association of epigastrium pain, nausea, vomiting and headaches in 54- 62 %.

Conclusion: The profile type severe pre-eclampsia is 17 years old pregnant women, of an uterus height between 33 and 36 cm, with an insufficient number of prenatal consultation.

Key words: Preeclampsia, Clinic profile, hospital Gabriel Touré

INTRODUCTION

La pré-éclampsie est une pathologie propre à la grossesse, qui se manifeste habituellement dans le dernier trimestre de celle-ci. Son terrain de prédilection est la primipare jeune indemne de tout antécédent pathologique personnel et en général de tout antécédent familial de nature vasculo-rénal. Sur le plan clinique, elle se caractérise par une hypertension artérielle (PAS \geq 140 mmHg et/ou PAD \geq 90 mmHg), une protéinurie apparue à partir de la 20^{ème} semaine d'aménorrhée associée ou non à l'œdème d'apparition brutale ou rapidement aggravé. Ces signes peuvent s'associer à des degrés variables. La pré-éclampsie est caractérisée par un ensemble de complications maternelles (hématome rétro-placentaire, Hellp syndrome, accident vasculaire cérébral et surtout la crise éclamptique) et fœtales (retard de croissance, prématurité, mort fœtale) (1, 2). La pré-éclampsie représente la 3^{ème} cause de décès maternel et par ailleurs le tout premier facteur de décès périnatal dans le monde(3). Le profil

précis de ces parturientes n'est pas connu dans notre établissement d'une part, plusieurs mesures ont été prises pour la réduction de la mortalité materno-fœtale parmi lesquelles la gratuité de la césarienne d'autre part. La description d'un profil en présence de ces différentes mesures aiderait à la célérité du diagnostic. L'objectif de cette étude était de définir le profil épidémioclinique de la pré-éclampsie sévère.

PATIENTS ET METHODE

L'étude a été transversale de novembre 2005 à juin 2006 au centre hospitalo-universitaire de Gabriel Touré. Elle a porté sur toutes les gestantes admises au service de gynéco-obstétrique pour pré-éclampsie. Ont été incluses les gestantes présentant une pression artérielle systolique supérieure à 160 mm Hg, pression artérielle diastolique supérieure à 110 mm Hg associée à une protéinurie massive avec ou sans œdèmes et à un ou plusieurs signes fonctionnels suivants : céphalées violentes, troubles visuels, réflexe ostéo tendineux (ROT) vifs, douleurs

épigastriques en barre, nausée, vomissement et troubles de la conscience. Les parturientes sans une protéinurie, présentant des crises d'éclampsie et les cas de refus n'ont pas été incluses. Un questionnaire était administré à toutes les parturientes. Ont été notifiés : les paramètres sociodémographiques, les antécédents, l'observation clinique, et les examens para cliniques. L'analyse statistique a comparé les proportions et les moyennes ; les proportions ont été comparées à l'aide du χ^2 , avec $p < 0,05$ considéré comme significatif.

RESULTATS

Pendant la période d'étude, 130 cas de pré éclampsie sévère ont été colligés sur un total de 1667 parturientes, soit une fréquence de 7,80 %. De novembre à juin la fréquence de la pré-éclampsie augmentait progressivement. L'âge moyen était de 17,15 ans avec des extrêmes de 15 et 42 ans avec 47,70 % de femmes âgées de 15 à 19 ans (Tableau I). Les femmes au foyer prédominaient parmi les professions. La profession femme au foyer représentait 72,30 % des professions. Elles étaient mariées dans 77,70% des cas. Elles étaient référées des centres de santé de référence dans 53,10% cas. Le motif d'évacuation le plus retrouvé était hypertension artérielle sur grossesse dans 47,69 %. Aucun antécédent médical et chirurgical n'a été retrouvé chez respectivement 77,70 % et 90 % des femmes. Plus de la moitié des parturientes était des primigestes et des nullipares dans 54,62 % des cas. Les parturientes avaient effectué des consultations prénatales dans 76,92 % dont seulement 12,31 % entre 4 et 6 fois. Les deux principaux facteurs de risque les plus retrouvés étaient la nulliparité 43,07 % et la multiparité 23,84 %. La pré-éclampsie survenait majoritairement entre la 29^{ème} et la 36^{ème} semaine d'âge gestationnel dans 77,7 % des cas. L'élément de diagnostic positif le plus rencontré était l'association HTA-protéinurie. La pression artérielle systolique était entre 160 mm Hg et 180 mmHg chez 58,46 % des parturientes, la pression artérielle diastolique entre 110 et 120 mmHg. Les fréquences cardiaque et respiratoire avaient varié respectivement entre 101 et 120 battements par minute chez 59,23 % et entre 16 et 20 chez 64,62 %. Au moment de la survenue de la pré-éclampsie la hauteur utérine était entre 33 et 36 cm chez 42,31 % des parturientes (Tableau II). Une protéinurie massive à 4 croix (++++) était retrouvée chez 50 % des parturientes à l'admission. Les signes de gravité n'étaient pas présents chez 80,76 % des parturientes. La mortalité était de 3,07 %.

DISCUSSION

La méthode prospective nous a permis de recueillir les données en temps réel minimisant les risques de biais de recrutement contrairement à une méthode rétrospective. Le manque de moyens financiers des parturientes et les problèmes liés à la réalisation du bilan ne nous ont pas permis d'avoir tous les résultats des examens demandés. Ceci a constitué un facteur limitant dans le suivi et la prise en charge des patientes. La fréquence de la pré éclampsie a été de 7,80%. Elle reste toujours élevée, ce qui pourrait être liée à 1 situation géographique du C.H.U. Gabriel Touré qui est le seul centre de référence du centre-ville de Bamako. A. Lokossou(4) dans sa série a retrouvé 4,28% de fréquence de pré-éclampsie sévère. L'âge moyen a été de 17,15 ans dans notre série contre 24,74 ans dans la série d'A.Lokossou (4). SEIDMAN (5) dans sa série n'a pas trouvé de lien entre l'âge maternel et la pré éclampsie. Les parturientes référées ont été les plus importantes avec 53,1%. Ce résultat témoigne de la mauvaise gestion des cas de pré éclampsie légère et modérée dans les centres de santé périphériques et de la grande responsabilité des centres de référence. Les femmes au foyer sont les plus, touchées. Cette vulnérabilité serait liée au surmenage physique et psychique dont elles sont exposées. SAUREL-CUBIZOLLES et al (6) trouvent que le bruit, l'effort physique et le stress psychique sont des facteurs prédisposant. Toutes ces conditions de travail sont des réalités au quotidien de ces catégories de femmes. Le repos chez toutes les gestantes doit être respecté. Cette raison pourrait expliquer que nous avons seulement 2,31 % de cas chez les parturientes employées de bureau. La prédominance des primigestes s'expliquerait par le défaut d'exposition au sperme du conjoint, la prédisposition familiale, la compression des vaisseaux par l'utérus gravide. De même des nullipares avec 54,62% des cas ont été plus victimes de la pré-éclampsie. Cette prédominance est aussi retrouvée dans les séries de Sibaï et coll. (7). Par contre dans les séries de MATAR et coll. (8), Beaufils et coll. (9) cette prédominance n'est pas retrouvée. Cette discordance pourrait s'expliquer par la fréquence de plus en plus élevée de grossesses précoces dans notre pays sans suivi de la grossesse avec plusieurs accouchements dans le jeune âge. Les antécédents d'HTA personnels et familiaux, la hauteur utérine excessive, ont été les principaux facteurs de risque observés dans notre série. Plusieurs auteurs ont étudié les risques encourus par une femme enceinte présentant une HTA (10). Seulement 12,30 % des parturientes dans notre série ont effectué un nombre de consultation prénatale (CPN) entre 4 et 6. Selon Beaufils. (11) les CPN de

qualité permettent de réduire au maximum la survenue de complications pendant la grossesse. Elles sont indispensables dans le dépistage précoce des pathologies au cours de la grosse. La pression artérielle systolique (PAS) a été élevée chez les parturientes de notre série de même que la pression artérielle diastolique. GRAND A. (12) rapporte que la fréquence de l'hypotrophie augmente avec l'élévation tensionnelle passant de 3,2 % quand la pression artérielle diastolique (PAD) est toujours inférieure à 90 mmHg, à 6 % si la PAD dépasse une fois 90 mmHg et à 16 % lorsqu'elle est supérieure à 110 mmHg. La protéinurie était à +++ (5g/l) et +++ (3g/l) chez respectivement 50,77% et 48,46 % des parturientes. Cette protéinurie a une valeur prédictive positive dans le pronostic materno-fœtal lorsqu'elle est significative. Elle multiplie par 20 le risque fœtal (13). La mortalité a été de 3,07 % dans notre série contre 5,30 dans la série de Bah(10) et 3,9 % dans la série de Thiéba(14).

CONCLUSION

La prévalence de la pré-éclampsie sévère est élevée dans le service de gynéco-obstétrique du C.H.U Gabriel Touré avec 7,8 %. Le profil type d'une pré-éclampsie sévère est une parturiente d'âge moyen 17 ans, femmes au foyer, mariée, sans antécédent médical connu, primigeste, nullipare présentant une association douleur épigastrique en barre, nausée, vomissement et céphalée avec une hauteur utérine entre 33 et 36 cm. Ce profil moins satisfaisant pourrait changer avec un système de consultation prénatale efficace.

REFERENCES

1.-Coetzee J. Dommise J., anthony F.A. randomised. Controlled trial of intravenous magnesium sulfate versus placebo in the management of women with severe pre-éclampsie. B.J.of.Obstet Gynéco 1998; 105:300-303.
 2. Dunn.R.; Lee.W.,cotton D. Evaluation by computerized axial tomography of eclamptic women with seizures refractory to magnesium sulfate therapy. Am J.obstet gynecol 1986; 155:267-8.
 3. Visser W., Wallenbourg H.C.S. A comparison between. The haemodynamic effect of oral nifedipine and intravenous dihydralazie in patients with severe eclampsia. J. Hypertension 1995; neurologiques 13: 791 – 795.
 4.A; Lokossou, DG Avode, DG Komonguf, I Takpara, PC Sacca, R-X Perrin. Prise en charge des manifestations de la pré-éclampsie sévères et de l'éclampsie par le sulfate de magnesium à Cotonou. African journal of neurological sciences, 2006 ; vol 25. N 1
 5. Seidman D.S., Samuel OFF.A, Mor-Yosefs., Schender JOB. The effect of maternal age and socio-economical back-ground on neonatal outcome. Int J.Gynecol. Obstet; 1990; 33 (1): 7-12.

6. Saurel Cubizolles M.J., Kaminski M., Dunazanbrun C. Les conditions de travail professionnel des femmes et l'hypertension artérielle au cours de la grossesse. Rev. Epidémiologique et santé publique ; 1991, (39) : 37-43.
 7. Sibai B.M.Magnesium sulfate is the ideal Anticonvulsivant in pre-éclampsia. Am J.Obstet Gynéco 1990; 162:1141 -5.
 8. Matar N.; Fadouach S.; Abassi M.; Himimi A.; Bekkay M. Epidémiologie de l'hypertension artérielle gravidique. Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique; DA, 1996 ; vol. 91, n°5.
 9. Beaufils M., Uzan S. La grossesse chez l'hypertension artérielle connue. Rev. Prat., 1989 ;54 :6
 10. Bah A.O., Diallo.M.H. Diallo A.A.S., Keita N., Diallo M.S. Hypertension artérielle et grossesse: aspects épidémiologiques et facteurs de risques. Médecine d'Afrique noire 2000 ; 47(10) :422-423.
 11. Beaufils M., Uzan S. Hypertension artérielle et grossesse: physiopathologie, traitement, prévention. Rev. Prat, 1993 ; 43 (15) :1973-1978.
 12. Grand A. Médicaments cardiologiques et grossesse : Les médicaments antihypertenseurs, laboratoire synthélabo éditeur N spécial, Paris, 1995 ; 122 – 136.
 13.The Magpie Trial. Do women with pre-eclampsia and their babies benefit from magnesium sulfate; A randomised placebo controlled trial. Lancet 2002; 359:1877 -99.
 14.Thiéba B., Ouattara T. Kyelem C. Ouedraogo C.M.C., Ouedraogo A., Akohonga M., Lankoundé J., Koné B. Hématome retro placentaire dans le service de Gynécologie et d'Obstétrique du CNYO de Ouagadougou : Aspect épidémiologique et pronostiques. Journal de la SAGO, 2002 ; 1 : 10-14.

Tableau I : Répartition des patientes selon l'âge.

Age (année)	Effectif	Pourcentage
15-19	62	47,70
20-24	26	20,00
25-29	22	16,90
>30	20	15,40
Total	130	100

Tableau II : Répartition des patientes selon la hauteur utérine.

Hauteur utérine (cm)	Effectif	pourcentage
17-20	3	2,31
21-24	6	4,62
25-28	21	16,15
29-32	33	25,38
33-36	55	42,31
>36	12	9,23
Total	130	100